**Vaccination mot influensa – hälsodeklaration**

Vaccination mot influensa – patient och personal

**Namn**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Personnummer**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Har du feber eller en akut infektion nu?  | Ja [ ]  | Nej [ ]  |
|  |  |  |
| Har du haft en allvarlig reaktion i samband med tidigare vaccinationer? | Ja [ ]  | Nej [ ]  |
|  |  |  |
| Har du reagerat med allvarlig allergi mot ägg? | Ja [ ]  | Nej [ ]  |
|  |  |  |
| Medicinerar du med blodförtunnande medel, typ Waran? | Ja [ ]  | Nej [ ]  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**För sjukvårdens anteckningar**

Ordination av vaccination: Ja  Nej 

Ordinatör:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­